

RECLAMO INICIAL PARA SEGURO POR DESEMPLEO EN ARIZONA

INFORMACIÓN INICIAL

Número de Seguro Social: _____ Fecha: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

El **Programa de Confidencialidad de Domicilio** oculta la dirección de las personas que son víctimas de violencia doméstica. Para estar inscrito en el Programa de Confidencialidad de Domicilio, una persona debe haber presentado una solicitud en la oficina del Secretario de Estado y haber recibido una carta de aprobación.

¿Está actualmente inscrito en el Programa de Confidencialidad de Domicilio de AZ? Sí No

Si contestó "Sí", la oficina del defensor del cliente se comunicará con usted al número que indicó anteriormente.

No llene ninguna información adicional que no sea su firma al final de este formulario de solicitud.

LLENE EN LETRA DE MOLDE				NO LLENE ÁREAS SOMBREADAS SOLO PARA USO OFICIAL	
Apellido		Nombre			S. I.
Dirección Postal (<i>Núm., Calle, Apto., Apartado postal</i>)		Ciudad	Estado	C. P.	Verified SSN
Domicilio (<i>Si es diferente de la dirección postal</i>)		Ciudad	Estado	C. P.	
Proporcione el condado donde vive					
Correo electrónico (<i>Opcional pero alentado</i>)		¿Tiene licencia de conducir de AZ o ID emitida por el estado? Sí No	Si contestó "Sí", provee el número de licencia de conducir/ID de AZ		BA-CLMT INFO
Género	Raza	Etnia	Idioma principal		Deputy No.
Fecha de nacimiento					BE
Mes		Día	Año		
Otros nombres o números de seguro social que haya usado durante los últimos dos (2) años					RES FIPS
¿Cuál fue el último grado de escuela completado? Grado _____ GED Diploma de preparatoria Vocacional Título universitario de dos años Licenciatura Maestría Doctorado					Commuter
¿Es ciudadano de los Estados Unidos? Sí * No					BB-CLAIM INFO
Si no es ciudadano, ¿estuvo legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos durante los últimos 18 meses? Sí * No					Claim Type N A R
Si contestó "Sí", Número de permiso _____ Fecha de expiración: _____					
*Seleccionar esta respuesta puede resultar en una solicitud para más información del departamento			SÍ	NO	Effective Date
En los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en otro estado?					
Si contestó "Sí", indique el estado _____					
En los últimos 12 meses, ¿ha presentado un reclamo de seguro por desempleo de cualquier estado que no sea Arizona?					File Date

(Complete las 3 páginas de esta solicitud)

Vea la página 3 para leer la declaración de EOE/ADA

<i>*Seleccionar esta respuesta puede resultar en una solicitud para más información del departamento</i>			SÍ	NO	LO
¿Está discapacitado? (Tiene una condición física o discapacidad que limitaría su capacidad para trabajar)			*		
¿Hay alguna razón por la que no podría aceptar trabajo en este momento?			*		Type
¿Trabaja por cuenta propia o es propietario u operador de un negocio, incluso una granja?			*		
¿Es usted un funcionario corporativo?			*		
¿Trabaja a comisión?			*		Disability Date
¿Trabajó para una escuela o un empleador de Head Start durante los últimos 18 meses?			*		Non-SEP Issues
¿Está asistiendo o actualmente inscrito en la escuela?			*		JS REQ
¿Obtiene trabajo solo por medio de una sala de contratación de un sindicato y está en la lista de fuera de trabajo? Si contestó "Sí", número de sindicato local _____			*		ERI
¿Ha rechazado una oferta de trabajo o una recomendación para trabajar desde que se quedó sin empleo?			*		Phone Filing
¿Ha recibido o recibirá pago por vacación, días feriados, por enfermedad o por separación no usados? ¿Sueldo por hora _____, horas _____?			*		CWC
¿Recibe o ha solicitado beneficios de jubilación o algún otro tipo de beneficios de jubilación, pensión o anualidad? (Esto no corresponde a los beneficios de Seguro Social)			*		SUPP DD
Desde que está desempleado, ¿ha recibido pagos de compensación para trabajadores por alguna lesión o discapacidad relacionada con su trabajo?			*		BC-EMPLOYER INFO
Los beneficios del seguro por desempleo están sujetos a impuestos. Seleccione una de las siguientes opciones: No retener impuestos Retener impuestos federales Retener impuestos federales y estatales					Employer No.
¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No Otro estado de veterano elegible					Send Notice
Durante los últimos 18 meses, ¿ha estado en el servicio militar?			*		BP ERS
Durante los últimos 18 meses, ¿ha trabajado en servicio civil federal?			*		BD-INTERVENING EMP
INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR					
Su último empleador antes de presentar este reclamo (sin importar el estado, tipo de trabajo o duración del trabajo) Consulte su talón de pago para proporcionar la información correcta del empleador					LOC Code
Nombre de la empresa _____					
Dirección Postal (Núm., Calle, Apto., Apartado postal, Ciudad)	Estado	Código postal			ER ATT
_____	_____	_____			
¿Volverá a reintegrarse con este empleador?					
Último día trabajado antes de hacer este reclamo			Núm. de teléfono del empleador		
Mes	Día	Año	_____		
_____	_____	_____	_____		

(Complete las 3 páginas de esta solicitud)

INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMPLEADOR			
Proporcione una breve descripción de su puesto u ocupación anterior			
¿Cuánto tiempo trabajó para su último empleador? _____			
¿Por qué ya no trabaja para su último empleador? (Marque [x] la casilla que corresponda y escriba el motivo en el espacio provisto, si corresponde)			
Me despidieron por falta de trabajo o reducción de personal.			
Yo renuncié porque: _____			
Me dieron de baja porque: _____			
Baja militar.			
Todavía trabajo a tiempo parcial.			
Mi empleador y el sindicato(s) están en una disputa laboral. (Si esta casilla está marcada, el representante de reclamos llenará el formulario LD-1003))			
¿Para cuántos empleadores ha trabajado en los últimos tres años? _____			

IDENTIFICACIÓN, INFORMACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD Y CERTIFICACIÓN DEL RECLAMO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

A. IDENTIFICACIÓN

Incluya con su solicitud una fotografía clara de una identificación con foto válida emitida por el gobierno. Ejemplos de identificación con foto aceptable incluyen: una licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado, un certificado de naturalización de los Estados Unidos, una tarjeta de extranjero residente permanente, un pasaporte válido o una identificación militar. Alguien del Departamento se comunicará con usted para verificar su identidad antes de que reciba cualquier beneficio de beneficios de seguro por desempleo.

B. INFORMACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Para leer más acerca de la Información de Privacidad y Confidencialidad, vea, "Un Guía a los Beneficios del Seguro por Desempleo en Arizona". Al que se puede acceder en Internet en www.azui.com.

C. CERTIFICACIÓN

Certifico que no estoy trabajando o que estoy trabajando a tiempo parcial o con ingresos reducidos. No busco beneficios bajo algún otro sistema de seguro por desempleo federal o estatal. No he solicitado ni recibo subsidio de subsistencia para capacitación de rehabilitación vocacional o un subsidio de asistencia educativa para huérfanos de guerra mediante el Departamento de Asuntos de Veteranos. Además, certifico que las declaraciones hechas aquí con el propósito de obtener seguro por desempleo bajo la Ley de Seguridad en Empleo de Arizona son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

SÉ QUE LA LEY ESTABLECE SANCIONES POR DECLARACIONES FALSAS EN RELACIÓN CON ESTE RECLAMO.

Firma de puño y letra requerida Firma del solicitante _____	Fecha _____
---	-------------

Cuando se complete, envíe por fax a: 602-364-1210 o 602-364-1211 (en Phoenix) 520-770-3357 o 520-770-3358 (en Tucson)

Envíe por correo a:

Department of Economic Security
 Unemployment Insurance Administration
 MD 5895
 PO Box 29225
 Phoenix AZ 85038-9225

Correo electrónico:

uicclaimdocs@azdes.gov

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office